



DEMANDE DE LICENCE SAISON 2019-2020

Date:

NOM :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

Adresse :

CP : Ville :

Tél. dom. :

Tél. port. :

Email :

J'accepte de recevoir des informations de la Fédération oui nonJe m'abonne à Passion Rando : + 8 Euros pour 4 numeros oui non

TYPE DE LICENCE :

 IRA individuelle avec assurance Responsabilité Civile et Accid. Corporel
40 € FRA familiale avec assurance Responsabilité Civile et Accident Corporel
70 €

Autres membres de la famille (si licence FRA)

Nom	Prénom	Date Naissance	Sexe

Ce bordereau est à renseigner en lettres capitales et à retourner avec votre chèque d'adhésion (établi à l'ordre d'Evasion Catalane) à :

J.P. MICHELET

41 bd des Evadés de France

66660 PORT-VENDRES

06 23 87 57 64

Nota important :

Un certificat de non contre-indication à la pratique des activités de la randonnée est obligatoire lors de l'inscription.

Joindre ce certificat à votre demande de licence ou faire compléter le document ci-dessous par votre médecin.



DEMANDE DE LICENCE SAISON 2019-2020

Date:

NOM :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

Adresse :

CP : Ville :

Tél. dom. :

Tél. port. :

Email :

J'accepte de recevoir des informations de la Fédération oui nonJe m'abonne à Passion Rando : +6 Euros pour 4 numeros oui non

TYPE DE LICENCE :

 IRA individuelle avec assurance Responsabilité Civile et Accid. Corporel
40 € FRA familiale avec assurance Responsabilité Civile et Accident Corporel
70 €

Autres membres de la famille (si licence FRA)

Nom	Prénom	Date Naissance	Sexe

Ce bordereau est à renseigner en lettres capitales et à retourner avec votre chèque d'adhésion (établi à l'ordre d'Evasion Catalane) à :

J.P. MICHELET

41 bd des Evadés de France

66660 PORT-VENDRES

06 23 87 57 64

Nota important :

Un certificat de non contre-indication à la pratique des activités de la randonnée est obligatoire lors de l'inscription.

Joindre ce certificat à votre demande de licence ou faire compléter le document ci-dessous par votre médecin.

CERTIFICAT MEDICALJe soussigné Docteur
certifie que Mme / M
ne présente(nt) aucune contre indication à la pratique de la
randonnée pédestre

Date : Signature et cachet

OU

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Je, soussigné, atteste sur
l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du
questionnaire de santé.À, le.....
Signature du pratiquant ou de son représentant légal**CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné Docteur
certifie que Mme / M
ne présente(nt) aucune contre indication à la pratique de la
randonnée pédestre

Date : Signature et cachet

OU

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Je, soussigné, atteste sur
l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du
questionnaire de santé.À, le.....
Signature du pratiquant ou de son représentant légal

blog de l'association

<http://evasionscat66.canalblog.com/>

blog de l'association

<http://evasionscat66.canalblog.com/>